



Formularz do Ogólnych ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania
Ubezpieczonego – indeks UPZ/17/10/01

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności
ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

| Rodzaj informacji | Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy |
|--|--|
| Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 2 ust. 1–4 § 9 ust. 1, 3, 4, 5 i 6 § 16 |
| Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 2 ust. 5 i 6 § 5 § 6 ust. 1 § 9 ust. 2 § 10 § 14 ust. 3 |

Pamiętaj, że:

- przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia lub
 - ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
- mogą być wskazane również w umowie podstawowej.

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 13. i nie ukończył 63. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje rozpoznanie u Ubezpieczonego jednego poważnego zachorowania, którego pierwsze rozpoznanie miało miejsce w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej.
3. Jeżeli poważnym zachorowaniem jest wykonanie zabiegu, zakres ubezpieczenia obejmuje te zabiegi, które po raz pierwszy zostały przeprowadzone w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem że postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów w związku z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej powoduje podwyższenie składki dodatkowej ochronnej i potwierdzane jest w polisie.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje chorób wskazanych w § 16 ust. 2 pkt 5) OWUD jako poważne zachorowania:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej lub przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej;
 - 2) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
6. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wskazanych w § 16 ust. 2 pkt 5) OWUD jako poważne zachorowania, wynikających z:
 - 1) chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej lub przed upływem 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej;
 - 2) objawów chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

Umowa dodatkowa

§ 3

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, umowa dodatkowa zawiera się na okres 1 roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest z inną datą niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej w danym roku polisy zostaje skrócony do liczby pełnych miesięcy polisy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu (zgodnie z § 4) o kolejne roczne okresy – nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
4. Umowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Ubezpieczający na 1 miesiąc przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1–3, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy dodatkowej.
5. Do zawarcia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące zawarcia umowy podstawowej.

Przedłużenie umowy dodatkowej

§ 4

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na który została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta.
3. Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu oświadczenia, o którym mowa

w ust. 2, uznaje się, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu o kolejny okres, na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach, z zastrzeżeniem § 3 ust. 4.

Treść umowy dodatkowej

§ 5

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 7

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego stanowi kwota określona w polisie.
2. Do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia umowy podstawowej.
3. Do umowy dodatkowej nie stosuje się postanowień umowy podstawowej, dotyczących podwyższenia sumy ubezpieczenia i składki w związku z indeksacją składki regularnej.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 8

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.
2. W każdą rocznicę polisy wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wieku Ubezpieczonego aktualnego na ten dzień. O wysokości składki dodatkowej ochronnej Towarzystwo informuje Ubezpieczającego w trybie wskazanym w § 4.
3. Do umowy dodatkowej nie stosuje się postanowień umowy podstawowej, dotyczących podwyższenia składki dodatkowej ochronnej w związku z indeksacją składki regularnej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 9

1. W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, obowiązującej, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania, w dniu:
 - 1) rozpoznania poważnego zachorowania, o którym mowa w § 16 ust. 2 pkt 5), w definicji poważnego zachorowania lit. b)–l), r)–u), w)–zc);
 - 2) wykonania zabiegu, o którym mowa w § 16 ust. 2 pkt 5), w definicji poważnego zachorowania lit. a), n)–q);
 - 3) powstania oparzenia, o którym mowa w § 16 ust. 2 pkt 5), w definicji poważnego zachorowania lit. m);
 - 4) utraty kończyn, o której mowa w § 16 ust. 2 pkt 5), w definicji poważnego zachorowania lit. v).
2. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego zostanie przyznane pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania:
 - 1) rozpoznania poważnego zachorowania, o którym mowa w § 16 ust. 2 pkt 5), w definicji poważnego zachorowania lit. b)–l), r)–u), w)–zc);

- 2) wykonania zabiegu, o którym mowa w § 16 ust. 2 pkt 5) w definicji poważnego zachorowania lit. a), n)–q);
 - 3) powstania oparzenia, o którym mowa w § 16 ust. 2 pkt 5), w definicji poważnego zachorowania lit. m);
 - 4) utraty kończyn, o której mowa w § 16 ust. 2 pkt 5), w definicji poważnego zachorowania lit. v).
3. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem Ubezpieczony uzyskuje dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów.
 4. Świadczenie w związku z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
 5. Konsultacje lekarzy specjalistów realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci podstawowej partnera medycznego, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniqa.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci podstawowej partnera medycznego, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem. Terminy konsultacji w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.
 6. Konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia Ubezpieczonego, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile Ubezpieczony nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile Ubezpieczony nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności terminu dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.
 7. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji lekarza specjalisty Ubezpieczony zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej, należącej do sieci podstawowej partnera medycznego.
 8. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
 9. Ubezpieczony ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa, za pośrednictwem infolinii medycznej, na realizację świadczenia poza siecią podstawową partnera medycznego. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w polisie.
 10. W przypadku opisanym w ust. 9 powyżej Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania wypełnionych dokumentów, wskazanych w § 11 ust. 3.
- wadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 2) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 6) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - 7) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;
 - 8) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych;
 - 9) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 10) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę – niezależnie od stanu poczytalności;
 - 11) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeśli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 11

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.uniqa.pl.
2. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach, których zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Zgodność dokumentacji medycznej z oryginałem może być poświadczona także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym. Dokumenty sporządzone w języku obcym przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, o których mowa w § 9 ust. 10, Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniqa.pl i w siedzibie Towarzystwa), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 12

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy dodatkowej, składając Towarzystwu oświadczenie o odstąpieniu, w formie pisemnej w terminie 45 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 15 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 10

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone także w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem:
 - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub pro-

o prawie odstąpienia od umowy, termin 45 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Do oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.

2. W przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wypłata następuje w terminie 14 dni roboczych od dnia złożenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 13

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące wypowiedzenia umowy podstawowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 14

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej na cudzy rachunek obowiązki określone w niniejszym paragrafie spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i Ubezpieczonym.
3. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo, w okresie pierwszych trzech lat od daty zawarcia umowy dodatkowej, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się odpowiednio przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 15

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
 - 2) z dniem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu umowy dodatkowej;
 - 3) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 4) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 5) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Definicje

§ 16

1. Pojęcia używane w OWUD mają znaczenie nadane im w umowie podstawowej, chyba że w OWUD nadano im inne znaczenie.
2. Pojęcia używane w OWUD mają następujące znaczenie:
 - 1) **lekarz specjalista** – lekarz specjalista uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (w szczególności alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyń, chirurg

chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);

- 2) **OWUD** – ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące podstawę zawarcia umowy dodatkowej;
- 3) **partner medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
- 4) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarska lub położnicza, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień – w szczególności od: alkoholu, narkotyków, leków – ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 5) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób Ubezpieczonego lub jeden z niżej wymienionych zabiegów:
 - a) angioplastyka wieńcowa – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;
 - b) bakteryjne zapalenie opon mózgowych – infekcja bakteryjna opon mózgowych, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od czasu jej rozpoznania; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa oraz wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
 - c) choroba Alzheimerera – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych spowodowane nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimerera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, spożyciem alkoholu lub niezaleconym przez lekarza zażyciem substancji odurzających;
 - d) choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD) – choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta-Jakoba z jednoczesną niepełnosprawnością w wyżej wymienionych czynnościach życia codziennego;
 - e) choroba neuronu ruchowego – jednoznaczne rozpoznanie choroby neuronu ruchowego postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone badaniami neurologicznymi;
 - f) choroba Parkinsona – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się

- w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
- g) dystrofia mięśniowa – jednoznaczne rozpoznanie dystrofii mięśniowej przez lekarza neurologa, skutkującej trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy:
- kąpiel lub prysznic,
 - ubieranie się lub rozbieranie,
 - jedzenie lub picie,
 - korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła lub wózka inwalidzkiego bądź samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B lub za pomocą wózka inwalidzkiego, lub za pomocą kul;
- h) łagodny guz mózgu – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
- i) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne) – wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej o nieznannej etiologii, prowadzący do przerostu i niewydolności prawej komory serca; konsekwencją choroby jest wystąpienie przewlekłej, nierokującej poprawy, niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV klasa według NYHA (New York Heart Classification); klasa IV wg NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości te występują także w spoczynku; zakres ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienie płucne ma charakter wtórny (w tym w szczególności jest związane z chorobami płuc, przewlekłą niewydolnością oddechową, zatorowością płucną, niewydolnością lewej komory serca i wadami zastawek serca); ponadto muszą być spełnione jednocześnie wszystkie poniższe kryteria:
- średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mmHg,
 - nacyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min,
 - ciśnienie zaklinowania we włośniczkach płucnych < 15 mmHg;
- rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez kardiologa lub pulmonologa, w oparciu o obowiązujące standardy medyczne i wyniki badań dodatkowych, w tym cewnikowania serca;
- j) niedokrwistość aplastyczna – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem liczby komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem co najmniej dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
- całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
 - liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
 - liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³;
- Ubezpieczony musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u Ubezpieczonego musiał zostać wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przejściowych ani odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej;
- k) niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa; ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia;
- l) nowotwór złośliwy – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawonokomórkowy skóry i rak karczostokomórkowy skóry,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- m) oparzenia – termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;
- do oceny powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dźwięków” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- n) operacja aorty brzusznej – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- o) operacja aorty piersiowej – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- p) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- q) przeszczep narządów – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy;

- przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- r) schyłkowa niewydolność wątroby – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- i) stałej żółtaczki,
 - ii) wodobrzusza,
 - iii) encefalopatii wątrobowej;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem spożycia alkoholu lub niezaleconego przez lekarza zażycia leków lub narkotyków;
- s) stwardnienie rozsiane – choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie choroby, postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
- i) istnieniem trwałych deficytów neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy,
 - ii) wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego i nieprawidłowym wynikiem badania wzrokowych i słuchowych potencjałów wywołanych oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozszianych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
- t) śpiączka – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia; skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy; zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej ani pozostającej w związku ze spożyciem alkoholu lub niezależnym przez lekarza zażyciem narkotyków, ani będącej skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- u) udar mózgu – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- i) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - ii) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - iii) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - iv) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- v) utrata kończyn – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- i) w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
 - ii) w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich;
- w) utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii
- w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- x) utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- y) utrata wzroku – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- z) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS), potwierdzone przez pozytywny wynik dwu testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; zakres ubezpieczenia obejmuje jedynie przypadki zarażenia wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zarażenia w drodze kontaktów seksualnych, dożylnego przyjmowania narkotyków lub świadomego zakażenia się; do stwierdzenia poważnego zachorowania niezbędne jest potwierdzenie, że do zarażenia doszło:
- i) podczas codziennych obowiązków zawodowych pracowników medycznych czy osób prowadzących praktykę dentystyczną w zarejestrowanych zakładach opieki zdrowotnej,
 - ii) w drodze kontaktu Ubezpieczonego z zainfekowaną krwią, kontaktu z zakrwawioną, skażoną igłą, podczas zranienia ostrymi przyrządami lub poprzez kontakt błony śluzowej Ubezpieczonego z zainfekowaną krwią;
- ponadto muszą być spełnione wszystkie poniższe kryteria:
- zdarzenie prowadzące do zakażenia wirusem HIV miało miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - Ubezpieczony zgłosił zaistnienie zdarzenia, które doprowadziło do zakażenia wirusem HIV, swojemu pracodawcy lub innemu właściwemu organowi, w ciągu 24 godzin od jego zajścia,
 - testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w ciągu 5 dni od momentu wypadku,
 - serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS została stwierdzona wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia wypadku,
 - po przebytej ekspozycji Ubezpieczony zgodził się poddać terapii antywirusowej zgodnej z obowiązującymi standardami medycznymi,
 - w przypadku gdy przed datą zdarzenia będą dostępne szczepienia przeciw wirusowi HIV, a ich użycie będzie rekomendowane w zawodzie Ubezpieczonego, były one u niego wykonane;
- świadczanie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy leczenie zakażenia wirusem HIV stanie się dostępne; leczenie oznacza każde leczenie, które spowoduje, że wirus HIV stanie się nieaktywny lub niezakaźny lub przywróci funkcję układu odpornościowego; Ubezpieczony jest zobowiązany do umożliwienia Towarzystwu dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się badaniu krwi na wniosek Towarzystwa;
- za) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; do wystąpienia zakażenia wirusem HIV musi dojść w następstwie przetoczenia krwi, z jednoczesnym spełnieniem wszystkich warunków podanych poniżej:

- i) przetoczenie krwi było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
 - ii) przetoczenie krwi miało miejsce po najpóźniejszej z poniższych dat: zawarcia, rozszerzenia zakresu lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - iii) przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
 - iv) Ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilii;
- z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne niż przetoczenie krwi drogi zakażenia wirusem HIV, w tym w szczególności, jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków; Ubezpieczony jest zobowiązany do umożliwienia Towarzystwu dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się na jego wniosek dodatkowym badaniom krwi;
- zb) zapalenie mózgu – oznacza ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne oraz całkowitą i trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej lub więcej czynności dnia codziennego:
 - i) kąpiel lub prysznic,
 - ii) ubieranie się lub rozbieranie,
 - iii) jedzenie lub picie,
 - iv) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - v) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła lub wózka inwalidzkiego bądź samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B lub za pomocą wózka inwalidzkiego, lub za pomocą kul;
- z zakresu ubezpieczenia wykluczone jest zapalenie mózgu w wyniku infekcji HIV;

zc) zawał serca – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego, wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- i) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - ii) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 6) **składka dodatkowa ochronna** – składka należna z tytułu umowy dodatkowej, zwana również składką z tytułu umowy dodatkowej;
 - 7) **składka regularna** – składka z tytułu umowy podstawowej, a jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o umowy dodatkowe – powiększona o składki dodatkowe ochronne / składki z tytułu umowy dodatkowej;
 - 8) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Chłodnej 51, zwane również UNIQA.

Postanowienia końcowe

§ 17

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 19 stycznia 2021 r.